

lassen. Die Nachuntersuchung 3 Wochen später ergibt, dass die Frau nunmehr die Hand bis 20 cm oberhalb des Scheitels frei heben kann, an der Wand kann sie bis 30 cm oberhalb des Scheitels emporreichen. Der Deltamuskel wird gut innerviert und unterscheidet sich kaum von demjenigen der gesunden Seite. Die Frau ist in ihrem Haushalt voll tätig und kann die ihr obliegenden Arbeiten wie früher und ohne Schmerzen verrichten*).

6. 49 jähr. Mann. A. g. des linken Kniegelenks. Aufnahme am 15. Krt. 8 Tage lang Stauung, Extension, hohe Salizyldosen ohne Erfolg. Dauernd Temperatur zwischen 38 und 39° rektal. Am 22. Krt. Punktion: 30 ccm dünnflüssiger, grüner Eiter. Vuzininjektion. Tags darauf steigt die Temperatur auf 40° (interkurrente Infektion durch Grippekranken im Saal nicht auszuschließen). Der Erguss bildet sich zunächst zurück, tritt dann aber mit Schmerzen wieder auf. Deshalb 13 Tage später nochmalige Vuzininjektion. Darauf schwindet das Exsudat in 3 Tagen, Pat. fiebert ab und steht 10 Tage nach der letzten Punktion beschwerdefrei mit fast normaler Funktion auf.

7. 8 jähr. Mädchen. Vulvovaginitis gonorrhoeica. A. g. des rechten Knie- und des linken Handgelenks. Am 7. Krt. Punktion des Kniegelenks: 30 ccm graugrüner Eiter. Vuzininjektion. Da 6 Tage später noch Schmerzhaftigkeit besteht und aktive Bewegungen nur um 30° ausgeführt werden, wird am 13. Krt. nochmals punktiert. Im Gelenk findet sich kein Erguss mehr. Vuzinierung. 2 Tage später werden Bewegungen um 90° von der Pat. im Knie ausgeführt. Zu der noch bestehenden, durch Stauung gebesserten Erkrankung des linken Handgelenks ist eine A. g. des linken Ellbogengelenks hinzutreten. Da nach dieser Erfahrung wegen der noch zahlreichen Gonokokken in der Vagina vor Eintritt eines Erfolges lokaler Therapie der Vulvovaginitis eine Reinfektion der Gelenke zu befürchten ist, ist bei Abschluss der Zusammenstellung, 3 Tage nach der erwähnten zweiten Injektion, die Vuzinbehandlung des Ellbogengelenks noch nicht begonnen worden.

Seit Anfang Oktober vorigen Jahres ist in der med. Klinik jeder Fall von A. g. des Knie- und Schultergelenkes, der nicht nach längstens 14 tägiger Behandlung mit Stauung und Extension eine weitgehende Besserung gezeigt hat, mit Vuzin behandelt worden. Ueber sämtliche derartige Fälle habe ich berichtet. Die Diagnose wurde klinisch und in allen bis auf 2 längere Zeit vor der Punktion beobachtete Fälle, durch Nachweis von Gonokokken im Urogenitalapparat gestellt. Sämtliche Punktate wurden auf Gonokokken mikroskopisch und kulturell untersucht. Im Fall 7 wurden Gonokokken im Gelenkeiterausstrich gefunden und wuchsen in Reinkultur. Die übrigen Punktate blieben steril. Nach den Befunden von Rindfleisch [9] und Baur [10], die voneinander unabhängig gonorrhoeische Gelenke systematisch punktiert und bakteriologisch untersucht haben, ist nur innerhalb der 1. Krankheitswoche bei 60 Proz. der Fälle ein positives Ergebnis zu erwarten. Unsere Pat. wurden bis auf 2 zu einem späteren Zeitpunkt punktiert.

Die bei allen Kranken angestellte Wassermannsche Reaktion war negativ. Septische, tuberkulöse, osteomyelitische Erkrankungen wurden durch klinische Untersuchung unter Zuhilfenahme von Röntgenaufnahmen ausgeschlossen. Zur Stützung der Differentialdiagnose gegen Polyarthrit rheumatica wurden zweifelhafte Fälle längere Zeit vor der Punktion mit hohen Salizyldosen behandelt.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist eine 8—14 tägige Vorbehandlung des gonorrhoeisch erkrankten Gelenkes mit Stauung und Extension nicht allein angezeigt, um den bei dieser Behandlung eine günstige Heilungstendenz zeigenden Patienten die Gelenkpunktion zu ersparen. Da wir durch die Vuzininjektion eine Metastase der Erkrankung angreifen, ergibt sich vielmehr zunächst die Forderung, den primären Herd im Urogenitalapparat eine gewisse Zeit lang energisch zu behandeln. Ferner scheint die fast regelmässig ein oder zwei Tage nach der Injektion im Gelenk auftretende, in Schmerzen und Vermehrung des Ergusses bestehende Reaktion ein Hinweis darauf zu sein, dass bei der beschriebenen Vuzinbehandlung ausser einer chemischen Desinfektion des Gelenkes eine lokale Reaktion des umgebenden Gewebes von Bedeutung ist. Aus diesem Grunde erscheint es angezeigt, das erste Stadium der Erkrankung abklingen zu lassen, bevor die Vuzinbehandlung einsetzt.

Zusammenfassung: Gelenkpunktion mit anschliessender Spülung und Injektion einer Vuzinlösung 1:5000 hat bei den bisher an der medizinischen Klinik seit Oktober 1919 beobachteten Fällen von Arthritis gonorrhoeica der grossen Gelenke, die auf 8—14 tägige Behandlung mit Stauung und Extension keine Besserung zeigten, zu auffallend guten Heilungsergebnissen geführt, welche diese vorläufige Mitteilung trotz der geringen Zahl von Fällen (Anm. b. d. Korr.: bisher 10) unserer Ansicht nach rechtfertigen.

Literatur.

1. Klose: B.kl.W. 1919, 42. — 2. Baetzner: D. Zschr. f. Chir. Bd. 93. — 3. Gramenitzky: Bruns Beitr. Bd. 89. Cholzoff: ebenda. — 4. Döllken: M.m.W. 1919, 18. — 5. Morgenroth: Jahressk. f. ärztl. Fortb. 1919, Januarheft. Derselbe und

*) 6 Wochen später mit völlig normaler Funktion in der Med. Gesellschaft vorgestellt.

Abraham: D.m.W. 1920, 3. — 6. Klapp: D.m.W. 1917, 44. Derselbe: M.m.W. 1918, 19. Derselbe: Bruns Beitr. Bd. 113, H. 1. Fenner: D.m.W. 1918, 42. Kaiser: D. Zschr. f. Chir. Bd. 149. — 7. Bennecke: Die gonorrhoeische Gelenkentzündung. Berlin, Hirschwald, 1899. — 8. Kienböck: Verh. d. 2. internat. Kongr. f. med. Elektrotelegraphie und Radiologie. Bern, 4. IX. 1902. — 9. Rindfleisch: Arch. f. klin. Chir. Bd. 55. — 10. Baur: D.m.W. 1901.

Eine Verbesserung an den Hegarschen Zervixdilatoren.

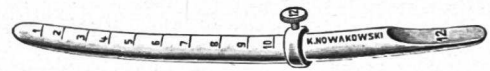
Von Dr. Paul Klaar, Frauenarzt in Wien.

Dass Perforationen des Uterus durch Hegarstifte entstanden sind, ist bekannt. Ebenso bekannt ist aber auch, dass diese Verletzungen Ungeübten wie Geübten passiert sind und es nicht nur die „schwere Hand“ des Ungeübten ist, die die Perforation setzt.

In manchen Fällen „fährt einem der Hegarstift“ — zumal bei etwas forciertem Ueberwindungsversuch einer Enge des Zervixkanals — „aus“ und die Perforation ist da.

Es gibt Hegarstifte, die in der Entfernung von 7 cm von ihrer Spitze eine Marke haben, über die sie nicht weiter hineingeschoben werden dürfen. Ich selbst kenne solche Modelle nicht, doch tut v. Jaschke in seinem ausgezeichneten Fortbildungsbüchlein ihrer Erwähnung. Ganz abgesehen davon nun, dass man den Hegarstift beim „Ausfahren“ nicht in seiner Gewalt hat und daher ein Zuweit-hineindringen derselben trotz Marke möglich ist, gibt es ja eine ganze Reihe von Fällen, Frauen mit stark spitzwinkelig anteflektiertem Uterus, wo die Entfernung der hinteren Uteruswand vom äusseren Muttermund weniger betragen kann als 7 cm, wo also der Hegarstift auch wird perforieren können, ohne dass er bis zur Marke „7 cm!“ hineingeschoben sein muss.

Ich habe nun diesen Tatsachen durch folgende Modifikation der Hegarschen Stifte — wie ich glaube — Rechnung getragen: Zunächst liess ich — ähnlich wie an der Uterussonde — auch an den Hegarschen Stiften eine Zentimetreinteilung anbringen; ausserdem trägt jeder Stift einen ihm eng anliegenden verschiebbaren und durch eine Stellschraube fixierbaren Metallring, so dass der Stift an einer Stelle um die Dicke des Metallringes dicker ist. Am Ring sowohl wie an der Stellschraube ist die Nummer des Hegarstiftes eingraviert, zu dem sie gehören. Der Ring macht den Stift keineswegs plumper.



Der Gebrauch gestaltet sich folgendermassen: Hatte die Sonde etwa 8 cm als Kavumlänge festgestellt, so werden die Ringe an allen Stiften etwa auf Teilstrich „5“ geschoben, sind also 5 cm von der Spitze des Stiftes entfernt und werden dort festgeschraubt. Der Stift ist also in der Entfernung 5 cm von seiner Spitze um die Dicke des Ringes verdickt, ein Weiterdringen des Stiftes also auch bei forciertem Dilatieren, das natürlich zu vermeiden ist, mechanisch unmöglich.

Dem Ungeübten ist auf diese Weise ein grösseres Gefühl der Sicherheit gegeben, aber auch der Geübte wird, glaube ich, diese Modifikation angenehm empfinden.

Dadurch, dass die Ringe entlang des ganzen Stiftes verschiebbar, die Entfernungen von der Spitze also beliebig variabel sind, ist der Gebrauch der Stifte unbeschränkt möglich.

Ebenso können selbstverständlich auch die Kuretten modifiziert werden. Die Gebrauchsanweisung ist mutatis mutandis die gleiche. Die Instrumente — Stifte und Kuretten — geniessen Musterschutz und werden von Carl Nowakowsky, Wien IX, Lazarettgasse (gegenüber den neuen Kliniken) hergestellt.

Beitrag zum Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Arsen.

Von Dr. Karl Mezei.

Es ist mehr als 50 Jahre, dass Hutchinsonson den Begriff des „Arsenzoster“ festgesetzt hat, und doch sind in dieser Frage die Meinungen der Autoren bis zum heutigen Tage geteilt. Während ein Teil entschieden dafür Stellung nimmt, hält der andere Teil die Eruption des Herpes zoster nach der Arsenmedikation nur für eine Zufälligkeit. Bettmann schreibt in seiner längeren Publikation „Ueber Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch (Arch. f. Dermatol. 1900), dass man bis jetzt noch über keinen rezidierten Arsenzoster berichtet hat. Dieser Einwand bildete das stärkste Argument der Gegner, denn wenn zwischen dem Herpes zoster und Arsen irgendein Zusammenhang wäre, dann müsste ein Rezidiv des Herpes nach einer neuerlichen Arsenkur hervorgerufen werden. Und über so einen Fall ist bis zum Erscheinen von Bettmann's Publikation (1900) und seitdem bis zum heutigen Tage nicht berichtet worden. Ich bin nun auf Grund eines meiner Fälle in der Lage, in dieser wichtigen Frage zur Entscheidung des Streitigen beitragen zu können. Im Dezember 1919 stellte ich bei einer jungen Patientin einen vollständig typischen Herpes zoster lumboinguinalis fest. Bei der Auf-